



**醫事服務機構申請為  
全民健康保險特約職能治療所基本資料**

**衛生福利部中央健康保險署臺北業務組  
中華民國109年9月**

**1. 公會 (領取特約申請書表) :**

- 1-1. 辦理會員執業異動
- 1-2. 領取全民健康保險特約醫事服務機構申請書表  
(或本署網站下載表單)

**2. 衛生局、所或所屬稽查站 :**

- 2-1. 辦理及領取開、執業登記
- 2-2. 代辦申請 **醫事機構卡** 及 **醫事人員卡**

**3. 當地國稅局、稅捐稽徵處 (申請單位所得統一編號) :**

- 3-1. 攜帶醫事機構大章、負責人小章、醫事機構開業執照
  - 3-2. 負責人執業執照、身分證、醫事人員證書及公會發給之會員證明書
  - 3-3. 房屋稅單等影本至所屬稅捐機關辦理
- 以上檢附資料僅供參考，實際作業仍請洽所屬稅捐機關

**4. 衛生福利部中央健康保險署臺北業務組網路申請特約 :**

- 4-1. 於開業執照核照日期 **15個工作日** 內，至本署網站預約簽約時間，網址：<http://www.nhi.gov.tw/健保服務/健保醫療服務/特約申請與變更/新特約院所預約簽約系統/> 所屬業務分區請選擇 **臺北業務組**，有預約疑義請電洽：(02)2348-6755。
- 4-2. 網路預約完成後，如需安排實地訪查或其他特殊情況者，將有本業務組承辦人員電話通知。需訪查案件，本業務組於收件15工作天內派員實地訪查。

**5. 委託之指定金融機構 :**

- 5-1. 開立聯名帳戶(至指定行庫以「開業執照上機構名稱與負責醫事人員姓名」開戶)
  - 5-2. 攜帶資料
    - (1) 開業執照
    - (2) 負責人身分證及其他身分證明文件
    - (3) 醫事機構大章、負責人小章
    - (4) 扣繳單位設立之單位統一編號
- 以上檢附資料僅供參考，實際作業仍請洽金融機構

**6. 衛生福利部醫事憑證管理中心 :**

- 醫事機構卡或醫事人員卡申辦及查詢
  - 服務電話:0800-364-422
  - 網址: <http://hca.nat.gov.tw>
- \*可於各縣市衛生局、所或所屬稽查分隊領取開業執照時，一併申請辦理**
- \*請務必儘速申請，以免影響貴機構醫療費用之申報**

**7. 中華電信公司 :**

- 7-1. 申請健保資訊網VPN
  - 7-2. 填「健保資訊網申請書」蓋妥大、小章並備妥開業執照、身分證及其他身分證明文件
- 以上檢附資料僅供參考，實際作業仍請洽中華電信公司

**8. 衛生福利部中央健康保險署臺北業務組簽約及講習**

- 8-1. **請至本署全球資訊網下載新特約申請書表並確實填寫完成**  
下載路徑:本署全球資訊網→健保表單下載→各區業務組表單→臺北業務組專屬表單
- 8-2. **負責人親自辦理簽約、講習**，請攜帶簽約大小章及新特約申請書表暨查檢表中之正本資料
- 8-3. 辦理投保單位人員加保

**9. 查檢表所列之缺件補齊**

**10. 收到臺北業務組函送之合約書、本署自動核發之1組雲端安全模組或自行申請之實體安全模組卡**

# 醫事服務機構申請為全民健康保險特約職能治療所填表須知

## 壹：申請書部分

- 一、申請職能治療所名稱及印章應與當地衛生主管機構核准登記之名稱完全相同。
- 二、職能治療所開業地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

## 貳：醫事服務機構基本資料表部分

- 一、職能治療所代號為當地衛生主管機關發給，請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、負責職能治療師執業年資欄請填最近二年執業經歷。
- 三、職能治療空間面積欄請按實際使用面積填寫，並檢附職能治療空間平面圖。
- 四、職能治療人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 五、職能治療人員類別欄請填職能治療師或職能治療生，並檢附執業執照、身分證正反面影本。
- 六、醫事服務機構性質勾選**合夥者**，應檢附經法院或民間之公證人公證之合夥文件影本（應註明與正本相符）。
- 七、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。

## 參：其他：

- 一、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 二、申請書表收件單位如下：

| 醫事服務機構所在縣市            | 收件單位                                  | 地址            | 電話            |
|-----------------------|---------------------------------------|---------------|---------------|
| 臺北市、新北市、宜蘭縣、基隆市、金門、馬祖 | 衛生福利部中央健康保險署<br><b>臺北業務組(壽德大樓辦公室)</b> | 臺北市許昌街17號8樓   | (02)2348-6755 |
| 桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣       | 衛生福利部中央健康保險署<br><b>北區業務組</b>          | 中壢市中山東路3段525號 | (03)433-9111  |
| 臺中市、彰化縣、南投縣           | 衛生福利部中央健康保險署<br><b>中區業務組</b>          | 臺中市市政北一路66號   | (04)2258-3988 |
| 雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市       | 衛生福利部中央健康保險署<br><b>南區業務組</b>          | 臺南市公園路96號     | (06)224-5678  |
| 高雄市、屏東縣、澎湖縣           | 衛生福利部中央健康保險署<br><b>高屏業務組</b>          | 高雄市九如二路157號   | (07)323-3123  |
| 花蓮縣、臺東縣               | 衛生福利部中央健康保險署<br><b>東區業務組</b>          | 花蓮市軒轅路36號     | (03)833-2111  |

我已備妥下列中之資料：

- 1. 全民健康保險特約職能治療所申請書(詳4頁)
- 2. 全民健康保險特約職能治療所基本資料表(詳5頁)
- 3. 特約醫事服務機構重要訊息接收窗口(詳6頁)
- 4. 全民健康保險特約職能治療所設備資料表(詳7頁)
- 5. 醫事機構大章、負責人小章
- 6. 職能治療所開業執照 (詳8頁)
- 7. 負責人員執業執照、身分證及相關證書正反面影本(詳9-10頁)
- 8. 負責人及醫事服務機構名義開立之金融機構帳戶(請填寫11頁費用劃撥轉帳資料卡及提供存摺封面影本黏貼於12頁)
- 9. 扣繳單位設立(變更)登記申請書(詳13頁)
- 10. 健保卡安全模組申請表(詳14頁)，與本保險人特約核定後，本署自動核發1組雲端安全模組；若申請實體安全模組卡，請檢附讀卡機之購置證明(購買證明正本或發票影本)或讓渡證明(詳15頁)
- 11. 委託轉帳代繳全民健康保險費約定書(詳16-17頁)
- 12. 基本資料表中之醫事服務機構性質勾選合夥者，應檢附經法院或民間之公證人公證之合夥文件影本(應註明與正本相符)

※為維護貴醫事服務機構權益，務請於開業執照核發日期15個工作日內申請特約，且機構內之負責醫事人員或執業醫師、藥師(藥劑生)、物理治療師(生)、職能治療師(生)、醫事檢驗師(生)、醫事放射師(士)，於其申請特約日前五年內，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條、第39條、第40條或第47條所定情事，特約生效日方得追溯自開業執照核發日。

※新設立醫院、申請辦理復健業務之診所、精神復健機構(日間型及住宿型)、婦產科診所申請辦理分娩業務、施行產科或婦科手術項目及診所負責醫師或診所開業地址曾有本保險醫事服務機構特約及管理辦法第38-40條處分情事暨經初步審核有實地訪查必要者，本組將於收件15工作天內將派員實地訪查，再另行通知簽約事宜。

※負責醫事人員如係5年內遷址、同址變更負責人且機構代號不變、或同址變更負責人且該地址預定有受停約或終約處分者，負責醫事人員須簽具結轉同意書後方可特約。

※如對特約申請仍有疑義，請洽本組醫務管理科特約窗口

TEL：02-23486755 FAX：02-23312144

※台北市、新北市、基隆、宜蘭地區簽約地點：台北市中正區許昌街17號8樓醫務管理科

# 全民健康保險特約職能治療所申請書

茲擬承辦全民健康保險職能治療業務，特檢具

全民健康保險特約職能治療所基本資料表

執業證明（含開業執照、執業執照、職能治療師證書及身分證正反面）

註明與正本相符之影本文件各一份

申請為全民健康保險特約職能治療所，請惠予受理。

申請類別：A職能治療所

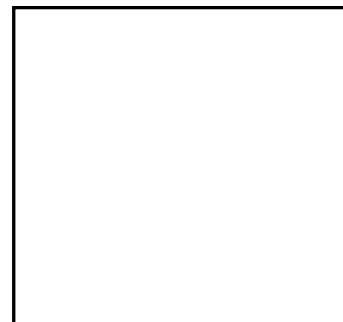
申請辦理業務：復健業務

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請職能治療所名稱：

機構印信



負責職能治療師：

簽章：

職能治療所地址：

縣(市)                      鎮鄉區(市)                      村(里)                      鄰  
街路                      段                      巷                      弄                      號                      樓之

負責職能治療師戶籍地址：

縣(市)                      鎮鄉區(市)                      村(里)                      鄰  
街路                      段                      巷                      弄                      號                      樓之

負責職能治療師通訊地址：

縣(市)                      鎮鄉區(市)                      村(里)                      鄰  
街路                      段                      巷                      弄                      號                      樓之

中 華 民 國                      年                      月                      日

# 全民健康保險特約職能治療所基本資料表

109.9修訂

|             |           |   |  |      |     |       |          |        |        |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|-----------|---|--|------|-----|-------|----------|--------|--------|----------|-------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 職能治療所名稱     |           |   |  |      |     |       |          |        |        |          | 代號    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 開業執照地址      | 縣市        |   | 鄉鎮市區   |      |     | 路街    |          | 段巷弄    |        | 號        |       | 樓室 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 負責職能治療師     | 出生年月日     |   |  |      |     | 年 月 日 |          | 最近開業日期 |        |          | 年 月 日 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 身分證號        |           |   |  |      |     |       |          |        |        | 最近開業執照號碼 |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 負責職能治療師執業年資 |           |   |  |      | 計 年 |       | 職能治療空間面積 |        |        | 計 坪      |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 執業資料        | 執業地點      |   | 執業場所名稱   |      |     |       | 執業起迄日期   |        |        |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 市縣        | 市鎮鄉   |  |      |     |       | 年 月 日至   |        | 年 月 日  |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 市縣        | 市鎮鄉   |  |      |     |       | 年 月 日至   |        | 年 月 日  |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 市縣        | 市鎮鄉   |  |      |     |       | 年 月 日至   |        | 年 月 日  |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 職能治療所設備     | 職能治療設備    |   | <input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無<br>(細項詳設備資料表) |      |     |       |          |        |        |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 職能治療評估    |   | <input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無               |      |     |       |          |        |        |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 職能治療人員資料    | 類別        | 姓名  | 出生年月日  |      |     | 身分證號  |          |        | 執業執照號碼 |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |           |   |  |      |     |       |          |        |        |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |           |   |  |      |     |       |          |        |        |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |           |   |  |      |     |       |          |        |        |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |           |   |  |      |     |       |          |        |        |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 醫其他服務本機構料   | 性質        | <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 財團法人 <input type="checkbox"/> 社團法人 <input type="checkbox"/> 私立 ( <input type="checkbox"/> 合夥 <input type="checkbox"/> 獨資 ) <input type="checkbox"/> 醫療機構附設 |  |      |     |       |          |        |        |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 單位所得稅統一編號 |   |  |      |     |       |          |        |        |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 電話號碼      |   |  | 傳真號碼 |     |       | 負責人手機號碼  |        |        |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 合作之資訊廠商名稱 |   |  |      |     |       |          |        |        |          |       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 特約醫事服務機構重要訊息接收窗口（其他非醫院之醫事機構版本）

醫事機構名稱：\_\_\_\_\_ 醫事機構代號：\_\_\_\_\_

| 類別      | 姓名 | 手機號碼 | 電子郵件信箱<br>(E-mail) |
|---------|----|------|--------------------|
| 負責人     |    |      |                    |
| 負責人指定人員 |    |      |                    |

備註：

- 1、本署寄發重要訊息將以上表所填「負責人\_電子郵件信箱(E-mail)」為主，請貴機構確實填寫。
- 2、為確保訊息正確且及時傳達，請務必每日開啟電子郵件信箱，另本表所列重要訊息接收窗口如有異動，應立即至「VPN 服務項目>醫務行政>特約機構作業>基本資料>電子郵件」變更，如未即時異動，致漏接本署重要訊息，應自行負責。

醫事服務機構印信

負責醫事人員印鑑

# 全民健康保險特約職能治療所設備資料表

特約醫事機構代號：\_\_\_\_\_ 特約醫事機構名稱：\_\_\_\_\_

填表日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 職能治療設備

是否設有獨立之職能治療室 是 否；

如有，面積\_\_\_\_\_平方公尺\_\_\_\_\_坪

有無下列職能治療設備：

- |                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 站立桌        | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 推拉箱        | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 運動墊        | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 手功能訓練器具    | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 副木、輔具之製作器材 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 認知、知覺訓練器具  | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 日常生活功能訓練器具 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 感覺統合治療器具   | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 工作模擬訓練器具   | 數量： |



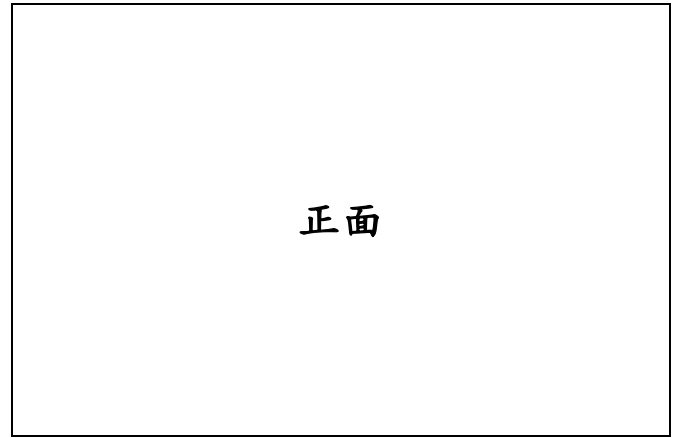
職能治療所開業執照影本黏貼處（請縮成 A4 浮貼）

負責職能治療師證書正面影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

負責人員執業執照影本



負責人員身分證影本



**衛生福利部中央健康保險署**  
**全民健康保險特約醫事服務機構費用劃撥帳號申請表**

申請日期： 年 月 日

醫事機構名稱： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

|        |  |            |  |
|--------|--|------------|--|
| 醫事機構代號 |  | 所得單位扣繳統一編號 |  |
|--------|--|------------|--|

|        |          |  |    |  |                            |  |  |  |
|--------|----------|--|----|--|----------------------------|--|--|--|
| 往來金融機構 | 總機構名稱    |  | 代號 |  |                            |  |  |  |
|        | 分支機構名稱   |  |    |  |                            |  |  |  |
|        | 戶名       |  |    |  |                            |  |  |  |
|        | 帳號       |  |    |  | 靠右填寫左邊補零<br>(帳號不足14碼前面請補0) |  |  |  |
| 郵局     | 戶名       |  |    |  | 代號                         |  |  |  |
|        | 郵政劃撥儲金帳號 |  |    |  |                            |  |  |  |

**※如係變更費用劃撥帳號機構請加填下列原約定帳號**

|       |        |          |  |    |  |                            |  |  |  |
|-------|--------|----------|--|----|--|----------------------------|--|--|--|
| 原約定帳號 | 往來金融機構 | 總機構名稱    |  | 代號 |  |                            |  |  |  |
|       |        | 分支機構名稱   |  |    |  |                            |  |  |  |
|       |        | 戶名       |  |    |  |                            |  |  |  |
|       |        | 帳號       |  |    |  | 靠右填寫左邊補零<br>(帳號不足14碼前面請補0) |  |  |  |
|       | 郵局     | 戶名       |  |    |  | 代號                         |  |  |  |
|       |        | 郵政劃撥儲金帳號 |  |    |  |                            |  |  |  |

委託金融機構名稱：

- |             |               |              |         |
|-------------|---------------|--------------|---------|
| 004台灣銀行     | 005台灣土地銀行     | 006 合作金庫商業銀行 | 812台新銀行 |
| 007第一商業銀行   | 008華南商業銀行     | 009 彰化銀行     |         |
| 012台北富邦商業銀行 | 016高雄銀行       | 017 兆豐國際商業銀行 |         |
| 050台灣中小企業銀行 | 700中華郵政股份有限公司 | 808 玉山商業銀行   |         |
| 815日盛國際商業銀行 | 816安泰商業銀行     | 822中國信託商業銀行  |         |

說明：特約醫事機構應以其開業執照名稱及負責醫師姓名，在上開金融機構設立存款帳戶（聯名戶）或郵政劃撥帳戶；如以負責人名義或其他名稱設立之帳戶，不予受理。

請蓋合約印鑑

|          |          |
|----------|----------|
| 特約醫事機構印章 | 負責醫事人員印章 |
|          |          |

金融機構帳戶存摺封面影本（負責人及醫療機構聯名戶）

扣繳單位設立(變更)登記申請書(統一編號編配通知書)黏貼處

# 新特約安全模組申請表

申請日期：      年      月      日

申請單號：

|  |    |      |  |                            |  |
|--|----|------|--|----------------------------|--|
| 醫療院所名稱   |    |      |  |                            |  |
| 醫療院所代號   |    | 聯絡人  |  |                            |  |
| 聯絡地址   |    |      | □□□  |                            |  |
| 聯絡電話   |    |      |  | 申請單位及負責人印章                 |  |
| 傳 真  |    |      |  | <b>注意：</b><br>(請蓋原合約印鑑大小章) |  |
| e-mail   |    |      |  |                            |  |
| 安全模組申請類別及應檢附資料<br><input checked="" type="checkbox"/> <b>雲端安全模組</b><br><input type="checkbox"/> <b>實體安全模組</b><br><input type="checkbox"/> 1. 新設立機構<br>(附讀卡機購買證明正本或發票影本)<br><input type="checkbox"/> 2. 遷址或換負責人<br>(附前院所讀卡機讓渡書及安全模組卡) |    |      |  |                            |  |
| 申請發卡數  |    |      | (片)  |                            |  |
| (以下資料由本署分區業務組人員填寫)   |    |      |  |                            |  |
| 受理單位: 衛生福利部中央健康保險署臺北業務組  |    |      | 不核准原因:   |                            |  |
| 單位主管   | 覆核 | 電腦建檔 | <input type="checkbox"/> 新發 SAM 卡之數量超過購置(或讓渡)讀卡設備之數量<br><input type="checkbox"/> 申請印鑑與原合約印鑑不符<br><input type="checkbox"/> 需檢附資料不足_____ |                            |  |
|  |    |      |  |                            |  |

- 注意事項：1. **雲端安全模組**：(1) 與本保險人特約核定後，本署自動核發1組雲端安全模組  
 (2) 相關申請、安裝及操作手冊請自行下載參閱，下載路徑：  
 VPN/下載專區/共通作業-電腦設定
2. **實體安全模組**：(1) 安裝：確認安全模組裝妥，鎖緊機殼才可通電  
 (2) 抽換：先關電源再開機殼抽換安全模組  
 (3) 注意：未關電源勿隨意開機殼，此情形易造成安全模組無法使用之鎖卡（回傳代碼6005）

讀卡機購買證明黏貼處



## 新增

### 註銷委託轉帳代繳全民健康保險費約定書 (107年8月31日修正)

立約定書人茲向貴行（局、庫、社、會）申請（新增註銷）委託轉帳代繳全民健康保險費，請依照本約定書所載約定事項之規定，逕自下列指定轉帳代繳帳戶（辦理終止）轉帳代繳下表所列繳款代號之保險費。此致

|  |   |
|--|---|
| _____郵局<br>(立帳局號□□□□□□—□)<br>存簿儲金帳號□□□□□□—□<br>或劃撥儲金帳號□□□□□□□□ | _____銀行（局、庫、社、會）<br>_____分行（分局、支庫、分社）<br>帳號□□□□□□□□□□□□□□ |
| 立約定書人（帳戶本人）姓名 _____  | _____ 簽章（請蓋存款戶印鑑）   |

聯絡電話：（公）\_\_\_\_\_（宅）\_\_\_\_\_

(一)鄉鎮市區公所加保之被保險人 請填此欄位  
育嬰留職停薪之被保險人

| 被保險人姓名 | 被保險人身分證統一編號 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|        |             |  |  |  |  |  |  |  |  |

(二)投保單位請填此欄位

(由雇主成立為投保單位之外傭雇主，請填寫此欄，營利事業統一編號得免填)

| 投保單位名稱 | 投保單位代號 | 營利事業統一編號（如無則免填） |
|--------|--------|-----------------|
|        |        |                 |

約定事項 中華民國 年 月 日

- 一、立約定書人（以下簡稱立約人）填具本約定書，委託貴行（局、庫、社、會）自指定之存款帳戶（以下簡稱轉帳代繳帳戶）轉帳代繳全民健康保險費（以下簡稱保險費）。如因約定書內容填寫不全、錯誤或其他原因，致貴行（局、庫、社、會）無法辦理轉帳，則本約定書不生效力。（被保險人姓名或投保單位名稱及投保單位代號可參閱最近月份保險費繳款單）
- 二、立約人申請轉帳代繳保險費，同意自貴行（局、庫、社、會）接受委託，並洽妥衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱健保署）分區業務組完成建檔之月份（以申請之次月為原則）起開始轉帳。在未建檔前各月份之保險費，仍由保險費繳款人（以下簡稱繳款人）自行繳納。
- 三、貴行（局、庫、社、會）代繳義務，以立約人轉帳代繳帳戶餘額足敷委託代繳之保險費為限。貴行（局、庫、社、會）應於每月十五日轉帳（如遇假日為其次一營業日），倘存款不足，則由繳款人自行持保險費繳款單至指定之金融機構繳納。如繳款人因此而須負擔滯納金，概由立約人負責。
- 四、立約人委託代繳保險費，如轉帳代繳帳戶因遭法院強制執行或其他事故致無法代繳時，貴行（局、庫、社、會）得終止代繳之約定，其因此而致繳款人須負擔滯納金，概由立約人負責。
- 五、立約人擬在貴行（局、庫、社、會）另行指定轉帳代繳帳戶時，應註銷原委託約定且重新填具約定書；並同意自貴行（局、庫、社、會）受理變更，及洽妥健保署分區業務組完成更檔之月份（以申請之次月為原則）起，由新帳戶代繳保險費。
- 六、立約人委託代繳保險費，在未終止委託前，不得藉故拒絕繳納保險費，否則因此而致繳款人須負擔滯納金時，概由立約人負責。
- 七、立約人委託代繳保險費，在未終止委託前，自行結清轉帳代繳帳戶時，視同自動解除代繳之約定，其因此而致繳款人須負擔滯納金時，概由立約人負責。
- 八、貴行（局、庫、社、會）或立約人皆得隨時以書面通知對方終止代繳契約。立約人終止代繳時應填具「註銷委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」，並自貴行（局、庫、社、會）接受註銷委託，並洽妥健保署分區業務組完成更檔之月份（以申請之次月為原則）起，終止以該帳號轉帳代繳保險費。其因註銷委託而致繳款人須負擔滯納金時，概由立約人負責。
- 九、立約人指定之轉帳代繳帳戶為支票存款帳戶者，倘因扣繳保險費而致存款不足，發生退票情事，由立約人自行負責。

## 投保單位

親愛的                   ：您好  
被保險人

全民健康保險開辦以來，承蒙您的支持與配合，謹致謝忱。

為避免您每月赴金融機構繳納健保費往返之不便，並防止您因一時疏忽遲延繳納而產生滯納金，建議您多多利用委託金融機構轉帳方式繳納健保費。

如果您決定辦理轉帳扣繳健保費，請填妥背面「約定書」在您繳納健保費時交由金融機構一併辦理。您辦妥轉帳手續後，可能還會接獲一至二次繳款單，請仍持單至金融機構繳納，待轉帳扣繳作業正式生效後，即可由指定之帳戶扣繳。

當您辦理的轉帳扣繳作業正式生效（約四十五天至六十天）後，金融機構固定於每月十五日（保險費繳納寬限期滿之日）進行扣款；當帳戶存款不足時，金融機構不再進行補扣，本署分區業務組改寄發轉帳不成功繳款單，屆時請您持該繳款單至金融機構或便利超商繳款。

再次提醒您！依法自保險費繳納寬限期滿次日起即開始計收滯納金，請於每月十五日前特別留意您轉帳帳戶內的存款餘額是否足夠扣繳，以維權益。

衛生福利部中央健康保險署 敬啟

代收全民健康保險保險費之金融機構如下：

|          |            |           |          |          |
|----------|------------|-----------|----------|----------|
| 臺灣銀行     | 合作金庫銀行     | 中華郵政(股)公司 | 第一商業銀行   | 華南商業銀行   |
| 彰化商業銀行   | 台北富邦商業銀行   | 中國信託商業銀行  | 臺灣土地銀行   | 兆豐國際商業銀行 |
| 安泰商業銀行   | 日盛國際商業銀行   | 臺灣中小企業銀行  | 高雄銀行     | 玉山商業銀行   |
| 台新國際商業銀行 | 國泰世華商業銀行   | 上海商業儲蓄銀行  | 凱基商業銀行   | 聯邦商業銀行   |
| 元大商業銀行   | 渣打國際商業銀行   | 華泰商業銀行    | 台中商業銀行   | 京城商業銀行   |
| 花旗(台灣)銀行 | 永豐商業銀行     | 板信商業銀行    | 臺灣新光商業銀行 | 遠東國際商業銀行 |
| 星展(台灣)銀行 | 陽信商業銀行     | 台中三信商業銀行  | 高雄三信商業銀行 | 瑞興商業銀行   |
| 信用合作社    | 部分農(漁)會信用部 |           |          |          |

說明：代收(繳)保險費金融機構包括主辦銀行暨轉委託之其他銀行、信用合作社及部分農漁會信用部。

# 110年全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案申請表

一、特約醫事服務機構名稱：

代號：

二、特約層級別：

三、申請類別：新申裝

頻寬轉換，原申請網路頻寬為\_\_\_\_\_

分享頻寬，醫事機構代碼：\_\_\_\_\_

參加本方案申裝之網路頻寬：

| 勾選                       | 網路頻寬   | 月租費   | 備註              |
|--------------------------|--------|-------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 企業型2M  | 6,591 | 1691元以上方案自行負擔差額 |
| <input type="checkbox"/> | 企業型 1M | 5,031 |                 |
| <input type="checkbox"/> | 專業型 2M | 3,760 |                 |
| <input type="checkbox"/> | 專業型 1M | 1,980 |                 |
| <input type="checkbox"/> | 多機型6M  | 1,691 | 全額補助            |

四、參加起始日期：

年 月。

五、※如有承接其他醫事服務機構之固接網路者，請填寫下列資料：

(一)原特約醫事服務機構名稱\_\_\_\_\_原特約醫事服務機構代號\_\_\_\_\_。

(二)承接日期 年 月 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)，

(三)結算分界：以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

六、個人資料蒐集處理及利用同意書

本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次固接網路申請資料，提供予中華電信公司，供後續連繫固接網路線路安裝事宜。

中華民國 年 月 日

(請注意下列事項：

- 1.承接固接網路之醫事服務機構，需向保險人申請參加本方案及向電信公司辦理繳款人變更(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)，始支付方案費用。
- 2.醫事服務機構需於健保特約在約期間內，始支付方案費用。
- 3.線路資料：AT (本欄供電信公司使用)

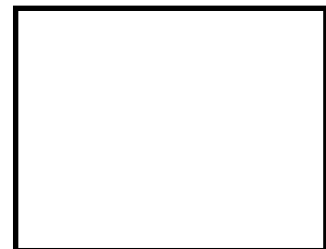
七、院所聯絡人姓名：

院所電話：

院所傳真：

八、特約醫事服務機構及負責人印章(簽約大小章)：

健保署核定章



※中華電信窗口：

電話：

傳真：

核定日期：

註：填完申請表後請傳真至費用二科 (02)2348-6448(西醫)或費用三科 (02)2389-5694(中、牙醫)，或簽約時逕交給醫務管理科窗口人員。